

# Información básica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona para hablarle en caso de emergencias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedades u operaciones anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Números telefónicos del médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Números y nombre de la compañía de seguro  
médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Registro de revisiones y análisis

Use este registro para anotar la fecha en que reciba los exámenes y los resultados. Trate de recordar llevar esta guía con usted cada vez que consulte al médico. Este

registro también le ayudará a mantener un control de cuándo necesita realizarse el próximo examen o revisión.

Revisión/examen	Fecha/resultados					
Presión arterial						
Azúcar en la sangre						
Densidad ósea						
Colesterol						
Consultas al dentista						
Audición						
Tuberculosis						
La vista						
Peso						

# Registro de los análisis de cáncer

Tipo de análisis/examen	Fecha/resultados					
Examen de detección de cáncer colorrectal						
Mamografía						
Examen de Papanicolaou						
Examen de detección de cáncer de próstata						
Examen de detección de cáncer bucal						

# Tabla de vacunación

Inmunización (vacuna)	Con qué frecuencia	Fechas de administración							
Tétanos-difteria	Cada 10 años								
Gripe	Cada año después de los 50 años o antes si está bajo riesgo (vea la página 49).								
Pulmonía	Una vez a los 65 años o antes si está bajo riesgo (vea la página 50).								
Hepatitis B	Si está bajo riesgo (vea la página 50).								

